

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1910-1911. — N° 122

LES MODIFICATIONS ANORMALES DU POULS

DANS

LES ETATS PÉRITONÉAUX

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 24 Juillet 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Ferdinand CABANNE

EX-INTERNE DE L'HÔPITAL GÉNÉRAL DE DIJON

LAURÉAT DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

Né le 18 Février 1886 à Landreville (Aube)



IMPRIMERIE P. COLOMBIER

30, Rue des Maisons-Neuves, angle rue Victor-Hugo
VILLEURBANNE

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1910-1911. — N° 122

LES MODIFICATIONS ANORMALES DU POULS

DANS

LES ETATS PÉRITONÉAUX

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 24 Juillet 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

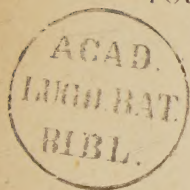
PAR

Ferdinand CABANNE

EX-INTERNE DE L'HÔPITAL GÉNÉRAL DE DIJON

LAURÉAT DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

Né le 18 Février 1886 à Landreville (Aube)



IMPRIMERIE P. COLOMBIER

30, Rue des Maisons-Neuves, angle rue Victor-Hugo
VILLEURBANNE

—
1911

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales.....	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	BARD.
Clinique ophtalmologique.....	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques....	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales.....	FABRE.
Clinique des maladies des enfants.....	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes.....	NICOLAS.
Physique médicale.....	PIERRET.
Chimie médicale et pharmaceutique.....	WEILL.
Chimie organique et Toxicologie.....	POLLOSSON (A.).
Matière médicale et Botanique.....	CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle et médicale....	HUGOUNENQ.
Anatomie.....	MOREL.
Anatomie générale et Histologie.....	BEAUVISAGE.
Physiologie.....	GUIART.
Pathologie interne.....	TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.....	RENAUT.
Anatomie pathologique.....	MORAT.
Médecine opératoire.....	COLLET.
Médecine expérimentale et comparée.....	COURMONT (P.).
Médecine légale.....	PAVIOT.
Hygiène.....	POLLOSSON (M.).
Thérapeutique.....	X....
Pharmacologie.....	LACASSAGNE.
	COURMONT (J.)
	FIG.
	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.....	DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	LANNOIS.
Pathologie externe.....	VALLAS
Maladies des voies urinaires.....	ROCHET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.....	MM. BARRAL,	agrégé.
Propédeutique chirurgicale.....	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile.....	NOVE-JOSSERAND	—
Accouchements.....	COMMANDEUR,	—
Matière médicale.....	MOREAU,	—
Embryologie.....	REGAUD,	—
Anatomie topographique.....	PATEL,	—
Botanique.....	BRETIN	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
SAMBUC.	J. LEPINE.	NOGIER.	TAVERNIER
REGAUD.	LESIEUR.	LATARJET	CADE
COMMANDEUR.	MARTIN (EL.).	BRETIN	MOURIQUAND
GAYET.	LAROYENNE.	LERICHE	ARLOING (F.)
NEVEU-LEMAIRE	VORON.	THEVENOT	GUILLEMARD
PATEL.			

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, président;
MM. VORON, assesseur; LERICHE et THÉVENOT, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de respectueuse affection.

A MA FEMME

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

et de

L'HOPITAL GÉNÉRAL DE DIJON

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PONCET

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE *

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

AVANT-PROPOS

Au moment de terminer nos études médicales et de quitter l'Ecole et l'Hôpital de Dijon, où se sont passées nos meilleures années, il nous est un devoir bien doux à remplir : c'est d'exprimer à tous nos maîtres la profonde gratitude que nous leur garderons pour leurs leçons et leurs conseils.

Nous voudrions assurer de notre respectueuse reconnaissance M. le Professeur Deroye, directeur de l'Ecole de Médecine et M. le Professeur Broussole, chirurgien de l'Hôpital ; nous avons hautement apprécié leur remarquable expérience clinique et nous avons été heureux d'avoir pu profiter de leur enseignement clair et pratique.

Nous sommes redevable de beaucoup à M. le Docteur Perrin qui nous a toujours accueilli avec une extrême bonté et qui dirigea nos premiers pas dans la médecine, nous le prions d'accepter l'assurance de notre profond respect ; à MM. les Docteurs Parizot et Dubard, dont les cliniques savantes autant qu'originales charment

tous les étudiants dijonnais ; à M. le Docteur Baron, qui nous apprend à aimer l'art obstétrical, enfin à tous nos maîtres de l'Ecole de Médecine et de l'Hôpital de Dijon : MM. Zippel, Gault, Michaud, Colette, Lucien, Abrant, Tassin, Brenot, Blanc, Longin, Sotty.

Nous nous souviendrons toujours avec reconnaissance de l'inlassable bienveillance de M. le Docteur Petitjean, professeur suppléant de clinique médicale, et de M. le Docteur Leclerc, professeur suppléant de clinique chirurgicale, dont nous sommes fier et heureux d'avoir été l'interne ; nous n'oublierons jamais leurs longues visites savantes auprès des malades, ni leurs intéressantes conférences d'internat. Nous leur adressons aujourd'hui, en même temps que nos sincères remerciements, l'hommage de notre absolu dévouement.

Nous remercions tout spécialement M. Leclerc qui, après nous avoir fourni le sujet de ce travail, ne nous a ménagé ni son temps ni ses conseils pour le mener à bien.

Nous adressons un bon souvenir à tous nos camarades d'internat et d'externat : Carlot, Jacquelin, Goudet, Delarche, Mareschal, Détouillon, Poty, Jannel.

Que MM. les Professeurs-agrégés Bérard et Patel, qui ont eu l'obligeance de nous fournir plusieurs observations, veuillent bien recevoir nos remerciements les plus vifs.

M. le Professeur Poncet nous fait le grand honneur de présider notre thèse ; nous le prions d'accepter l'expression de nos remerciements, et de notre respectueuse reconnaissance.

Introduction

Au cours de quelques crises d'appendicite et à la suite de deux hystérectomies, M. le docteur Leclerc, professeur suppléant de clinique chirurgicale à l'Ecole de Médecine de Dijon, eut l'occasion d'observer des cas de ralentissement du pouls; après s'être assuré que cette modification n'était pas habituelle chez ces différents malades, et cela par l'examen répété de leur pouls après la guérison, il nous donna l'idée de faire un travail sur les modifications anormales du pouls dans les états péritoneaux. Nous l'en remercions très vivement.

Nous avons pu, à la suite de nos recherches, réunir 32 observations ayant trait à la question; il nous a paru intéressant d'attirer l'attention sur de pareils faits, bien que jusqu'à présent il soit assez difficile de tirer des conclusions précises de cette étude.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CHAPITRE I

Historique

La recherche expérimentale des relations qui existent entre la fonction cardiaque et l'état de la séreuse péritonéale a été poursuivie avec ardeur dans la seconde moitié du XIX^e siècle ; M. Tixier, dans sa thèse, rappelle longuement ces travaux et nous ne saurions que citer les noms de leurs auteurs : les réflexes d'origine abdominale ont été produits expérimentalement par Brown-Séquard, Goltz, Bernstein et Tarchanoff ; Potain, M. le Professeur J. Teissier, Arloing et M. Morel ont démontré que la voie suivie par ces réflexes cardiaques au cours d'irritations du péritoine appartient au système du pneumogastrique ou du sympathique ; enfin, tout à la fin du siècle précédent, Olshausen, Küstner et Stapfer ont établi que les modifications de la circulation intestinale tiennent sous leur

dépendance, par une sorte d'équilibre, la régularité des fonctions du cœur et de toute la circulation.

Les expériences de MM. Tixier, Crile de Philadelphie, Laignel-Lavastine ont complété les travaux de leurs précurseurs. Au cours de notre sujet, nous aurons l'occasion de nous reporter à leurs conclusions.

Quant à l'étude clinique des modifications du pouls dans les affections péritonéales, elle a été faite par un grand nombre d'auteurs; au dire de tous, le pouls est toujours accéléré; on s'est beaucoup étendu sur la valeur pronostique de son accélération lorsque celle-ci se trouve en désaccord avec l'état de la température, c'est même surtout cette dissociation que les traités classiques ont étudiée.

Donc, tout le monde est d'accord pour constater qu'il y a toujours tachycardie dans les affections péritonéales, et pour reconnaître qu'au point de vue pronostic l'étude du pouls est plus importante que celle de la température.

Depuis ces quinze dernières années, on signale des modifications anormales du pouls dans les affections qui nous occupent. Nous trouvons dans la *Deutsche Medicinische Wochenschrift* du 9 avril 1908, que de courtes remarques sur le ralentissement du pouls dans l'appendicite furent faites par Sprengel, Selter (*Handbuch für Kinderheilkunde*); il semble d'après le même journal que A. Schönwerth s'est occupé un peu plus de la question et qu'il fait de cette anomalie du pouls au cours de l'appendicite

un symptôme de gravité, mais en réalité c'est Kahn le premier qui, dans le *Journal of the American Medical Association*, a attiré l'attention sur ces faits : il présente 10 observations d'appendicite gangréneuse avec bradycardie ; ce phénomène est pour lui d'un pronostic grave ; c'est à cette publication que fait allusion la *Semaine Médicale* du 13 février 1907.

Viennent ensuite plusieurs observations de Broca, dans la *Presse Médicale* de 1908 (page 1). Ce sont encore des appendicites avec pouls lent, mais l'auteur ne voit dans ce phénomène aucun élément de pronostic : il signale de plus 3 cas d'appendicites légères avec accélération anormale du pouls et deux exemples d'arythmie au cours de la même affection.

Enfin la littérature allemande (la *Deutsche Medizinische Wochenschrift*) nous fournit encore en 1908 dix cas de ralentissement du pouls au cours d'appendicites chez des sujets de sept à seize ans ; Von Bokay, l'auteur, ajoute que cette bradycardie est un signe de bon augure, opinion par conséquent contraire à celle de Kahn.

Certes nous trouvons encore dans la littérature française d'autres observations de modifications anormales du pouls dans les affections abdominales, même d'antérieures à celles de Kahn, mais ceux qui les ont communiquées n'ont pas tenu à retenir l'attention sur elles, ils n'ont pas essayé de les expliquer, certains se contentant de signaler que le pouls est parfois paradoxal, les autres n'en faisant même pas la remarque.

Les observations que nous apportons sont au

nombre de sept; et tandis que les auteurs, qui nous ont fait connaître ces anomalies et qui s'accordent d'ailleurs si peu sur la signification pronostique du ralentissement du pouls, nous présentent uniquement des exemples d'appendicite, elles nous permettent avec celles que nous avons rassemblées au cours de nos recherches, d'affirmer que d'autres affections abdominales sont susceptibles de donner naissance à ces phénomènes, et même que ceux-ci peuvent se rencontrer après de simples laparotomies menées aseptiquement avec des gants.

CHAPITRE II

La Clinique

Modifications du pouls dans les affections péritonéales

MODIFICATIONS HABITUELLES

« Le pouls de la péritonite, nous dit Lejars dans ses leçons de chirurgie en 1895, qu'elle succède à une plaie pénétrante, à une perforation viscérale, ou qu'elle soit post opératoire, revêt des allures bien connues : très fréquent, très petit, très fuyant, il se dérobe sous le doigt et, souvent irrégulier, il devient à une période avancée presque incomptable et imperceptible. Signe avant-coureur de l'infection péritonéale, il dénonce souvent, avant le thermomètre, avant les accidents fonctionnels, l'imminence du danger. C'est au degré de fréquence et de petitesse que se mesure la gravité des indications fournies par le pouls. »

En consultant les classiques nous verrions que tous s'accordent à signaler cette fréquence du pouls dans les péritonites et qu'ils la donnent comme un signe constant de la plus haute importance diagnostique et pronostique.

MODIFICATIONS ANORMALES

On peut en distinguer trois : 1° l'*Arythmie*, dont nous ne dirons que peu de mots, n'en ayant que deux observations de Broca ; 2° l'*Accélération anormale*, que l'on peut observer au cours d'appendicites très légères, sans péritonite ou avec péritonite très peu marquée ; 3° le *Ralentissement*, qui est le phénomène le plus spécial et le plus intéressant.

I. *Ralentissement du pouls*

OBSERVATION I

(Kahn) Journal of the américain médical association, 15 déc. 1906
Appendicite gangreneuse avec ralentissement du pouls

Homme de 33 ans. Antécédents négatifs. Vu le 2 août au soir.

La maladie actuelle débuta le soir du premier août par des douleurs abdominales non localisées. Le 2 elles se localisent à l'ombilic. Elles étaient peu violentes. Fréquence des mictions.

A l'examen, la palpation est peu douloureuse ; on note de la tension dans la fosse iliaque droite. Température : 98° 4 Far., 36° 9 C. ; Pouls 76.

Le 5 août, pas de douleurs si le malade reste immobile; même tension dans la fosse iliaque droite. Ni frissons, ni sueurs. Selles régulières. Température : 98° 4 Far., 36° 9 C.; Pouls 64.

Opération : incision habituelle; on trouve un appendice étranglé à l'union du tiers moyen et du tiers distal; il y a des adhérences. Il était gangreneux au niveau du point d'étranglement. Section de l'appendice; fermeture de l'abdomen.

Le rétablissement fut lent.

OBSERVATION II

(Kahn) Journal of the am. med. association, 15 déc. 1906
Appendicite gangreneuse avec ralentissement du pouls

Homme de 29 ans de très bonne constitution. Antécédents sans importance.

Le 8 septembre à trois heures du soir, il ressent des douleurs aiguës dans l'abdomen, qui sont devenues intolérables. Selles régulières. Mictions très fréquentes.

Le 9 septembre à l'examen, on note de la tension abdominale, surtout dans la fosse iliaque droite et en particulier au point de Mac Burney. Température: 98° 2 Far., 36° 9 C.; Pouls 60.

On décida d'intervenir immédiatement, mais le consentement ne fut obtenu que le lendemain soir.

L'opération nous fit découvrir la gangrène attendue de l'appendice; assèchement soigneux et section de l'appendice au niveau de sa base. Le rétablissement fut laborieux.

OBSERVATION III (Résumée)

(Broca) Presse médicale 1908, page 1

Appendicite chez un enfant dont le pouls a été à 52 pendant la période de refroidissement. Opéré à froid : appendice entouré d'un reste d'abcès et d'adhérences très solides. Il n'y a sûrement pas eu gangrène.

OBSERVATION IV

(Broca) Presse médicale 1908, page 1

Crise appendiculaire bénigne avec ralentissement du pouls

Garçon de 13 ans et demi. Père probablement tuberculeux et mère bien portante, quatre frères et sœurs vivants. Un frère mort de pleurésie. Aucun antécédent personnel digne d'être noté.

Première crise appendiculaire en mai. Dans la nuit du 23 au 24 septembre, l'enfant fut réveillé, sans vomir il est vrai, par une violente douleur dans la fosse iliaque droite avec fièvre qui semble avoir été vive. L'état reste médiocre et le 27 l'enfant entre à l'hôpital.

Gros empâtement dans la fosse iliaque droite; en cette région le ventre — peu ballonné et d'ailleurs indolore — était douloureux à la pression : Température 38°2. Diète hydrique et glace. L'amélioration fut rapide : le 28 septembre, la température est à 38°2, 37°6. Le 29, 37°4 matin et soir; à partir du 30 entre 36°9 et 37°2. L'empâtement diminua vite et devint indolent : ce fut une crise bénigne qui permit d'opérer à froid au bout d'un mois.

A l'opération, on trouve un appendice adhérent à l'épi-

ploon, renflé à son extrémité qui renfermait un liquide clair et filant; pas de calcul, pas de perforation, rien qui fasse songer à la gangrène. Or pendant les premiers jours après son admission à l'hôpital, l'enfant eut le pouls à 52; aujourd'hui, 4 jours après l'opération il est à 76, où il était depuis quelques jours avant,

OBSERVATION V

Appendicite bénigne avec ralentissement du pouls

(Broca). Presse Médicale, 1908, p. 1

Enfant de 13 ans et demi. Rien à noter dans ses antécédents.

Il fut admis à l'hôpital au quinzième jour d'une crise médiocrement intense. L'empâtement douloureux de la fosse iliaque diminua très vite sous l'action de la glace et de la diète hydrique. En 36 heures, la température tomba de 39°4 à 37° et le 2 avril on enlève un appendice non calculeux, non perforé, atteint de folliculite hémorragique dans sa moitié distale, entouré de fausses membranes caséeuses autour de sa pointe, qui remontait derrière le cœcum.

Or, au moment de l'admission, avec 39°4 de température, les pulsations étaient de 50 à la minute; le 19 février, température 37°, pouls 44; le 10 mars pouls 40; le 16 mars, pouls 48; le 26 mars seulement, pouls 76; le 1^{er} avril, pouls 86; et cette fois c'était l'état normal, car nous avons compté 90 le 23 avril, date de la sortie après guérison opératoire. Dans les antécédents de ce malade, nous n'avions pu relever aucun trouble cardiaque.

OBSERVATION VI

Ralentissement du pouls à 58 consécutif à l'ouverture spontanée d'un abcès appendiculaire dans le colon ascendant. Résection de l'appendice à froid.

(Von Bokay). Deutsche medic. Wochenschrift, 9 avril 1908

Enfant de 13 ans; alors qu'un abcès appendiculaire s'était formé, le pouls tomba dans l'intervalle d'à peine 2 jours de 126 pulsations à 80 à la minute, la température passait de 38° à 37°.

Le troisième jour du séjour à l'hôpital, ouverture de l'abcès dans le colon ascendant; le malade eut trois selles peu abondantes et l'état général devint meilleur en même temps que la sensibilité et la résistance de la paroi disparurent en grande partie. Quelques jours plus tard le pouls descendit à 70-60-58 avec une température oscillant autour de 37°; l'amélioration continua.

On négligea malheureusement d'observer l'état du pouls après la résection de l'appendice.

OBSERVATION VII

Ralentissement relatif à 70 pendant la période de resorption des exsudats périappendiculaires. Intervention remise

(Von Bokay). Deutsche medic. Wochenschrift, 9 avril 1908

16 ans. Assez larges exsudats périappendiculaires. Diminution de la défense musculaire et de la sensibilité, et en même temps descente du pouls de 116-108 à 70-72 et de la température de 39°4 à 37°-36°3; le ralentissement à 70 persista

pendant plusieurs jours; amélioration notable de l'état général. La résection de l'appendice fut repoussée à plus tard et le malade sortit de l'hôpital.

OBSERVATION VIII

Résorption d'exsudats périappendiculaires avec ralentissement du pouls à 54. Intervention à froid

(Von Bokay). Deutsche medic. Wochenschrift, 9 avril 1908

10 ans. Exsudats périappendiculaires assez accentués; le ralentissement du pouls se manifeste en même temps que la disparition de la sensibilité et de la défense musculaire: le pouls tombe de 120 (avec une température axillaire de 38°9) à 54 en plusieurs jours, en même temps la température descend à 37°; l'état général s'améliore.

L'observation du pouls, après la résection de l'appendice, fut négligée.

OBSERVATION IX

Ralentissement réel à la suite de la résection à froid du vermium

(Von Bokay). Deutsche medic. Wochenschrift, 9 avril 1908

11 ans. Le lendemain de l'entrée à l'hôpital, on ouvre un abcès de la grosseur du poing; le lendemain de l'incision le pouls tombe de 114 à 72 et pendant dix jours il oscille entre 72-84; l'état du malade s'améliore de jour en jour.

Le 16^e jour, après l'ouverture de l'abcès, on enlève l'appendice; trois jours avant cette seconde opération, le pouls était monté à 120 sans réactions fébriles marquées. L'accélération s'est maintenue entre 120-124 encore deux jours après l'opération, puis s'est établi un nouveau ralentissement avec un minimum de 60 pulsations. La durée de ce ralentissement fut de deux semaines.

OBSERVATION X

Ralentissement du pouls pendant la période de résorption, et après la résection à froid de l'appendice. Minimum 52 pulsations à la minute.

(Von Bokay). Deutsche medic. Wochenschrift, 9 avril 1908

9 ans. Exsudats peu importants. Pendant la période de résorption s'établit un ralentissement du pouls qui passe de 102 à 64 et atteint le minimum de 52; minimum de température 36°6.

Le 3 novembre, résection de l'appendice; les deux jours suivants le pouls est à 96, puis il tombe à nouveau et le ralentissement cette fois dure environ dix jours avec le même minimum de 52.

OBSERVATION XI

Ralentissement réel à 56 pendant le refroidissement de la crise. Intervention à froid: nouveau ralentissement moins marqué

(Von Bokay). Deutsche medic. Wochenschrift, 9 avril 1908

13 ans. Exsudats de peu d'étendue, pendant leur résorption le pouls tombe dans l'espace de sept jours de 116 à 56, avec

un minimum de température de 36°8. Le ralentissement dura plusieurs jours.

Le quinzième jour du séjour à l'hôpital, on enleva l'appendice; pendant les trois jours suivants le pouls oscilla entre 82-96 avec une température axillaire de 37°3. Puis nouveau ralentissement entre 60 et 80, qui disparaît au bout d'une semaine.

OBSERVATION XII

Ralentissement à 66 pendant la résorption.

Appendicectomie à froid

(*Von Bokay*). Deutsche medic. Wochenschrift, 9 avril 1908

9 ans. Pendant la résorption, le pouls se ralentit en passant de 116 à 66 dans l'espace de sept jours; le ralentissement dura dix jours, le pouls oscillant entre 68-80.

Deux semaines après l'entrée à l'hôpital, la défense musculaire qui avait nettement diminué reparait, et le chiffre du pouls monte en trois jours à 90-110. Avec une nouvelle diminution de résistance de la paroi se montre une nouvelle chute du pouls, dont la fréquence varie pendant une semaine entre 68-88.

Ablation de l'appendice; elle ne fut pas suivie de fièvre et pourtant le pouls monta à 120 et se maintint encore quelques jours autour de 100; il descendit ensuite à 84 et resta à ce niveau jusqu'à la guérison.

OBSERVATION XIII

Ralentissement relatif du pouls pendant la période de résorption

(Von Bokay). Deutsche medic. Wochenschrift, 9 avril 1908

La zone d'empâtement appendiculaire est à peine grande comme la main d'un enfant. Les symptômes sont légers et l'évolution sans fièvre; amélioration de l'état général et en même temps chute du pouls à 80.

Le sixième jour la sensibilité est complètement disparue et la défense musculaire aussi. Les parents s'opposent à l'opération.

OBSERVATION XIV

Appendicite légère. Ralentissement du pouls à 66 pendant le refroidissement de la crise

(Von Bokay). Deutsche Medic. Wochenschrift, 9 avril 1908

9 ans. Les exsudats périappendiculaires sont assez étendus et la région de la fosse iliaque droite bombe nettement. Température à l'entrée 37°8. Pouls 120. Avec l'amélioration, le pouls tombe peu à peu et atteint le huitième jour de l'hospitalisation le minimum de 66, en même temps que la résistance de la fosse iliaque droite diminue nettement. Puis le pouls monte progressivement à 100.

25 jours après l'entrée, résection de l'appendice, pendant 2 jours, sans fièvre, le pouls est autour de 120, puis il commence à redescendre, mais pas au-dessous de 84; il varie les jours suivants, jusqu'à la sortie entre 84 et 100.

OBSERVATION XV

Ralentissement relatif à 76 pendant la phase de résorption
(Von Bokay), Deutsch medic. Wochenschrift, 9 avril 1908

10 ans. Exsudats de la valeur d'un poing d'enfant. Température à l'entrée 38° 5, pouls 132. Les jours suivants fièvre modérée à 38° 5 avec pouls à 120.

Seconde période sans fièvre ; diminution de la défense musculaire, chute passagère du pouls à 76 ; puis il oscille entre 80-96.

Les parents n'autorisèrent pas l'opération.

OBSERVATION XVI

Appendicite avec ralentissement. Epreuve de l'atropine
(Vaquez), Semaine médicale 1907, page 370

Malade nerveuse, impressionnable. Pendant une crise d'appendicite grave, présente un ralentissement du pouls qui ne bat plus que 40 ou 42 fois à la minute ; première injection de 0.001 milligramme d'atropine : 35 à 40 minutes après le pouls remonte à 84 pulsations et s'y maintient pendant environ 3 heures. Le lendemain le pouls était retombé à son chiffre 42 ; seconde injection d'atropine, même résultat mais cette fois définitif, après quelques alternatives très courtes de ralentissement et d'accélération.

Le malade guérit de la crise d'appendicite ; quelques semaines après, l'opération suivie de succès, montra l'existence d'un abcès appendiculaire.

OBSERVATION XVII

*Perforation intestinale dans le cours d'un typhus ambulatorio.
Laparotomie 3 jours après le début des accidents. Mort trente-six heures après l'intervention.*

M. le Professeur Poncet Bull. et Mém. de la
Soc. de Chir. de Paris 1908, p. 498

Homme de 34 ans, amené à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 23 juillet 1902, avec des signes de péritonite généralisée. Depuis 12 jours, il avait de la diarrhée et une légère céphalée, mais ces signes étaient si légers qu'il n'avait pas quitté son travail et consulté aucun médecin. Il avait même il y a trois jours manœuvré une pompe pendant 3 heures de suite.

C'est à ce moment qu'il ressentit une vive douleur dans l'abdomen et dut s'aliter. Il n'a jamais vomi, mais n'a émis ni matières, ni gaz par l'anus dans ces 3 jours.

Actuellement mauvais facies, 30 respirations par minute, contracture très nette des parois de l'abdomen. Pouls à 70 par minute, la température atteint 39° 8. Léger météorisme. Par le toucher rectal, sensibilité du Douglas.

On porte le diagnostic de péritonite par perforation. dans le cours d'un typhus ambulatorio : l'opération pratiquée aussitôt donne issue à une grande quantité de matières fécaloïdes répandues dans le péritoine. Ces matières semblent venir de la partie déclive du petit bassin. Le doigt reconnaît à ce niveau une anse intestinale rigide ; elle est attirée au dehors, et l'on voit alors une petite perforation du diamètre d'une grosse tête d'épingle creusée sur une grosse plaque de Peyer. Excision des bords de la perforation. Lavage du péritoine et assèchement ; M. Delore laisse cette anse exposée au dehors créant ainsi une entérostomie rudimentaire. Le péritoine est largement drainé.

Mort 36 heures après. Il y eut opposition à l'autopsie, mais le diagnostic de perforation d'origine typhique fut confirmé nettement par le séro-diagnostic.

OBSERVATION XVIII

Perforation intestinale au dixième jour d'une fièvre typhoïde légère. Laparotomie 2 heures et demie après le début des accidents. Mort au quatrième jour.

(M. le Professeur Poncet). Soc. de Chir. 1908, p. 500

Adrien L., 31 ans entre dans le service du Docteur Mouisset pour un état subfébrile, avec nausées, etc., céphalée, datant de 7 jours.

Le 25 novembre 1906, malgré un séro-diagnostic négatif, on conclut à une fièvre typhoïde ; le malade prend 5 bains par jour. Au troisième jour, au bain de 2 heures du soir, brusque douleur dans le ventre. On fait appeler M. Leriche, qui le voit à 3 heures et demie, couché en chien de fusil, sans localisation douloureuse nette, avec de la contracture des droits, un pouls ample à 70, une température de 39° 2. Pensant à une perforation, M. Leriche intervient à 4 heures et demie, dans le service de M. Poncet.

À l'ouverture du ventre il s'écoule un liquide jaunâtre, déjà louche, avec quelques grumeaux fécaloïdes. On va droit au cœcum et en remontant l'iléon, on trouve très rapidement à vingt centimètres, sur une grosse plaque de Peyer, une perforation à l'emporte-pièce des dimensions d'une tête d'épingle. Pas d'autre ulcération. Suture séro-séreuse d'enfouissement à deux plans, greffe épiploïque. Assèchement du ventre et drainage à la gaze, durée vingt minutes.

Les jours suivants, le malade semble vouloir guérir ; il n'a aucun signe de réaction péritonéale, pas de ballonnement, pas de dyspnée, va à la selle. Le facies et le pouls sont bons. Abondante exsudation séreuse dans le pansement. Au quatrième jour, brusquement sans douleurs, pouls incomptable, facies grippé, langue sèche, pas de vomissements ni de ballonnement, écoulement considérable de pus par la plaie abdo-

minale, mort le soir. Autopsie impossible. Il est probable qu'il a eu une seconde perforation.

(Observation communiquée par MM. Mouisset et Jauffray à la Société des Sciences médicales de Lyon le 5 décembre 1906).

OBSERVATION XIX (Résumée)

Perforation intestinale dans une fièvre typhoïde larvée

Ch..., soldat au 153^e de ligne; le malade est entré à l'hôpital depuis le 26 août 1905 pour une angine. La température oscille autour de 37°. Le 29 août, douleur subite dans le ventre et à droite. Une heure après le thermomètre est à 39°4, le pouls à 72.

M. Dubujadoux voit le malade, et comme il vient d'un centre où existe une épidémie de fièvre typhoïde et qu'il éprouve depuis quelques jours des malaises vagues, il diagnostique une perforation dans une fièvre typhoïde larvée.

Le 30, intervention 14 heures après le début des symptômes : incision latérale droite. Liquide louche. Intestin rouge, ganglions iléo-cœcaux volumineux indurés; à 20 centimètres du cœcum perforation ronde, large comme une lentille; au centre d'une plaque de Peyer rigide. 3 plans de suture à la Lembert. Deux drains, l'un dans le cul de sac recto-vésical, l'autre dans le cœcum.

Au 4^e jour, désunion de la plaie opératoire, et les matières commencent également à filtrer par la plaie intestinale. Le 23 septembre, la suture est refaite avec facilité, mais les fils cassent à nouveau.

Le malade succombe le 8 octobre, 41 jours après l'opération; l'autopsie démontra à 10 centimètres en aval de la perforation l'existence d'un coude brusque de l'intestin grêle qui d'après

•

M. Dubujadoux a pu amener une rétention sus-jacente des matières.

(Observation de M. Dubujadoux communiquée par M. Picqué à la Société de chirurgie en 1908).

OBSERVATION XX (Très résumée)

Perforation intestinale consécutive à un traumatisme de l'abdomen (Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Patel)

Homme adulte ayant subi un violent traumatisme. Amené à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Le diagnostic de perforation intestinale est rejeté par le chef de service parce que le pouls est à 70, et l'on intervient pas. Quelques jours après, le blessé meurt : à l'autopsie, perforation intestinale nette avec péritonite généralisée.

OBSERVATION XXI

Rupture de grossesse tubaire ; inondation péritonéale par hémorragies successives ; collapsus. Laparotomie 24 heures après le début, par le Dr Guinard, guérison.

(Loire Médicale, 1910, page 465)

M^{me} Lar..., 30 ans, habituellement bien portante; fièvre typhoïde à 9 ans. Mariée en 1903. Fausse-couche de 6 semaines en septembre 1903. Depuis, nouvelle grossesse menée à terme.

Le 20 avril 1910, la malade a des règles normales, mais avancées de 4 ou 5 jours au lieu de 1 ou 2 comme à l'habi-

tude. Après, aucun signe de grossesse, ni malaises, ni envies de vomir, ni gonflement ou douleurs des seins.

Le 25 mai, la malade constate un suintement sanguin, visqueux et brunâtre qu'elle prend pour ses règles bien que les caractères soient un peu différents; ces pertes sont peu abondantes, mais elles demeurent continues jusqu'au 7 juin.

Le soir de ce jour-là, en se couchant, la malade éprouve une douleur violente dans le bas-ventre, de courte durée, sans aucune réaction générale. Elle dort bien. Le lendemain, elle se lève et s'habille; à ce moment, nouvelle douleur plus violente qui s'installe d'une façon définitive avec des paroxysmes à forme de douleurs expulsives. Ces douleurs s'irradient dans l'épaule droite; elles sont excessivement violentes et provoquent des lypothymies. La malade est très pâle, cyanosée, en état de collapsus; le facies est angoissé, le corps recouvert de sueurs glacées. La température rectale est de 36°8.

Le bas de l'abdomen est tendu, excessivement douloureux à la palpation; le poulx est petit mais lent et bat 66-68 à la minute.

Laparotomie sur le champ: on trouve de gros caillots nageant dans une quantité considérable de sang liquide, au bas mot, deux litres de sang. Le siège de la rupture est aussitôt trouvé; il est situé sur la trompe droite très près de la matrice.

L'opération est longue; les jours suivants, légère ascension thermique jusqu'à 38°8. Abdomen souple, gaz dès le deuxième jour.

Malgré son état de faiblesse extrême, la malade se rétablit très vite et quitte la clinique dix-huit jours après, complètement guérie.

OBSERVATION XXII

Rupture cataclysmique de grossesse tubaire; inondation péritonéale; opération neuf heures après par le Dr Viannay; guérison (Loire Méd., 1910, p. 466).

M^{lle} Ri... 24 ans ne présente rien d'intéressant dans ses antécédents héréditaires. Personnellement, se porte habituellement bien; un peu d'obésité. Fausse-couche de 3 mois il y a six ans.

Elle a eu ses dernières règles le 15 juin 1910; le 6 juillet au matin, elle fait une chute dans l'escalier et tombe lourdement sur les fesses; elle ne ressent de ce fait aucune douleur dans le ventre.

Vers 5 h. 1/2, le soir, elle sort brusquement, dans la rue, elle ressent une douleur très vive dans le bas-ventre, s'accompagnant de sensation syncopale. Cet état dure peu et elle peut continuer ses courses jusqu'à 7 h. 1/2. Elle rentre et se met au lit; les douleurs reparaissent plus violentes, accompagnées de syncopes; la malade ne perd pas une goutte de sang par le vagin.

A onze heures du soir la malade est en état de collapsus, inerte dans son lit, la face bleuâtre, les extrémités refroidies, pouvant à peine parler. On ne perçoit pas les battements du poulx; l'auscultation du cœur permet de compter 64 à 66 pulsations à la minute. Le ventre est ballonné dans sa partie inférieure; la paroi se défend; les douleurs à la palpation sont très violentes sans prédominance d'un côté ou de l'autre. Température rectale, 37°.

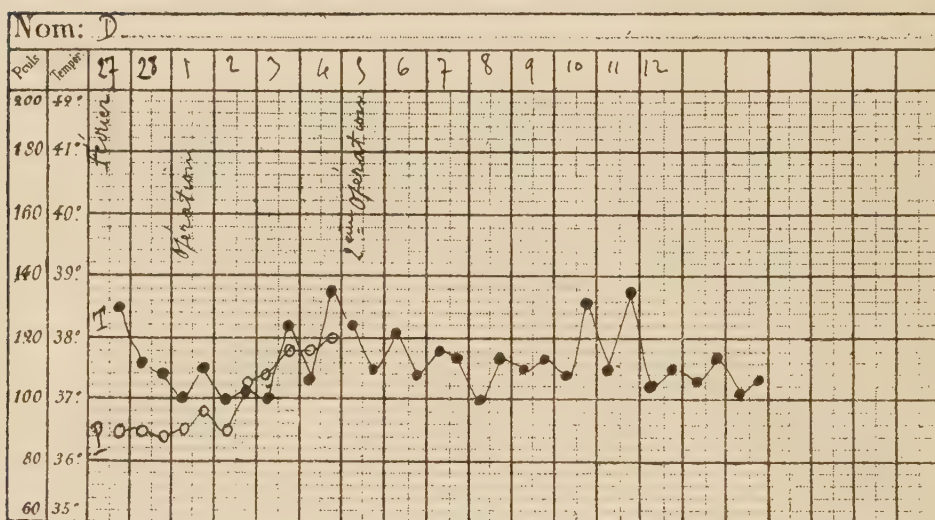
Une intervention est décidée d'urgence. On trouve dans le ventre une masse considérable de caillots... Les jours suivants la température se maintient au-dessus de 38° et atteint 39° une fois, le poulx est devenu rapide mais bon. Elle baisse progressivement; elle est actuellement comprise entre 37° et 37°8 et la malade quitte la clinique autour du 15 octobre.

OBSERVATION XXIII

*Ralentissement relatif du pouls au cours d'une appendicite
avec péritonite en voie de généralisation*

Dr Leclerc, de Dijon. Province médicale, 1907

Homme de 20 ans. A eu il y a un mois environ une crise
légère d'appendicite. Il avait la grippe depuis quelques jours,



TRACÉ 1

lorsqu'il fut pris de légères coliques. Deux jours après, brusquement le lundi 25 février, surviennent de violentes douleurs abdominales avec vomissements.

Il arrive à l'hôpital le mercredi soir. Température 38°5. Le facies est tout à fait grippé, les douleurs abdominales très vives, les vomissements porracés. Constipation absolue, hoquet.

Le pouls contraste avec ces symptômes graves; il est à 90, régulier de bonne tension.

L'examen du ventre montre que l'abdomen sous-ombilical

est douloureux à droite comme à gauche, plus à droite cependant ; à ce niveau contracture de la paroi qui fait penser que l'appendice est peut-être en train de se perforer. Le diaphragme joue normalement.

Le début des accidents remontant à plus de 48 heures et l'infection péritonéale pouvant encore se localiser, on se décide à attendre.

Le lendemain la température tombe et le pouls reste bon à 90. Mais les douleurs, les vomissements, le hoquet persistent ; le ballonnement tend à s'accroître. Ces symptômes s'accroissant encore le lendemain, la péritonite n'a plus de chance de s'enkyster : l'intervention fut décidée.

Incision de Roux : ouverture d'un petit abcès en dehors du cœcum ; à part cela, le péritoine n'est protégé par aucune adhérence ; en haut arrive de la sérosité louche ; en dedans on trouve facilement l'appendice qui est réséqué, il est perforé à son extrémité et renferme des calculs stercoraux. Drainage, sérum.

Les jours suivants la situation s'améliore très nettement et bien que le pouls augmente de fréquence, les symptômes graves disparaissent.

Mais le second jour, la température remonte indiquant qu'une collection se forme quelque part ; le toucher rectal révèle en effet l'existence d'une masse bombant légèrement sur la paroi antérieure : le 5 mars, ouverture de cette collection par le rectum. Drainage.

La température baisse rapidement ; les drains sont enlevés deux jours après. Actuellement le malade est guéri.

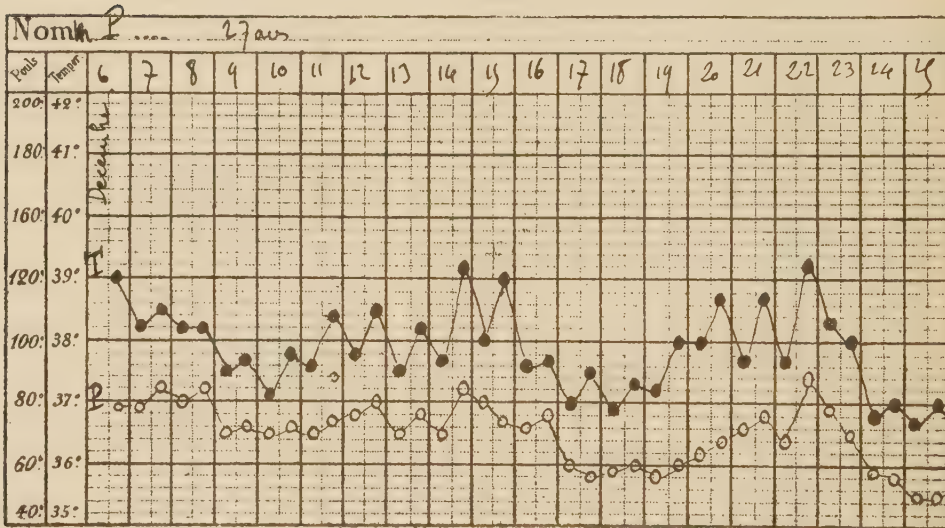
Cette observation au point de vue clinique est banale à cela près que le pouls auquel on attache avec raison une si grande importance, a constamment menti : avec une péritonite en train de généraliser il était à 90 et excellent, après l'intervention les symptômes graves disparaissent, il augmente de fréquence.

OBSERVATION XXIV

Crise appendiculaire légère. Ralentissement notable du poulx.

Intervention à froid (D^r Leclerc de Dijon)

M. P..., 27 ans. Très bonne santé antérieure. Petite crise appendiculaire en juin 1910, ayant duré quatre jours à peine ; depuis aucune douleur, ni aucun trouble intestinal.

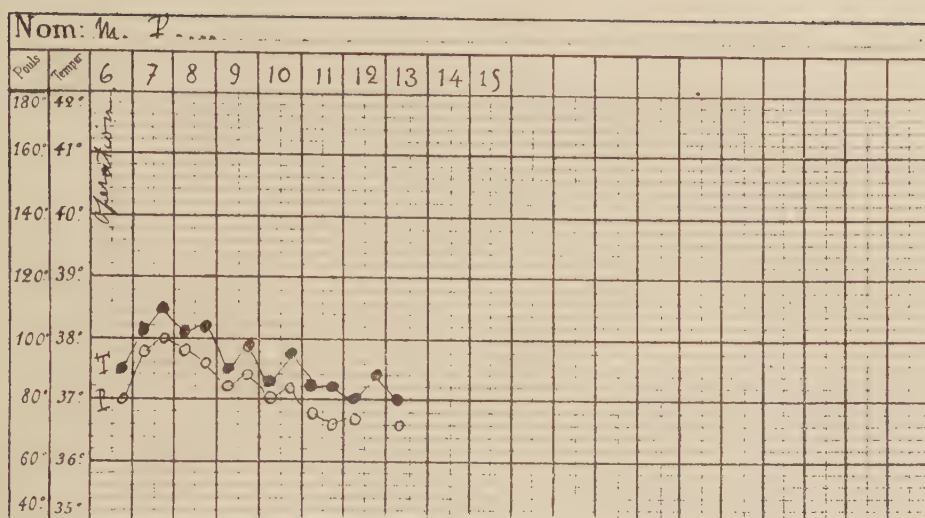


TRACÉ 2. — AVANT L'OPÉRATION

Le 6 décembre seconde crise qui débute d'une façon brusque comme la première et la température tombe au bout de quatre jours sans que la palpation ne révélât autre chose que de la douleur et de la défense.

Au bout de quelques jours la température remonte, mais cette fois sans douleur ; toujours rien à la palpation. Enfin après une nouvelle défervescence de quelques jours la température est de nouveau montée à 38° 5-39° ; le poulx est calme, parfois au-dessous de 60.

Le 23 décembre, on sent un plastron large comme la paume



TRACÉ 2 BIS. — APRÈS L'OPÉRATION

de la main. La langue est à peine un peu sale. Le pouls est très bon ; le malade ne souffre plus, il a faim ; tout le ventre est souple et indolore sauf dans la fosse iliaque droite. Rien au toucher rectal.

La température observée le 22 et le 23 décembre est tombée rapidement. Le malade quand il est à des périodes d'apyrexie a un pouls battant parfois au-dessous de 60.

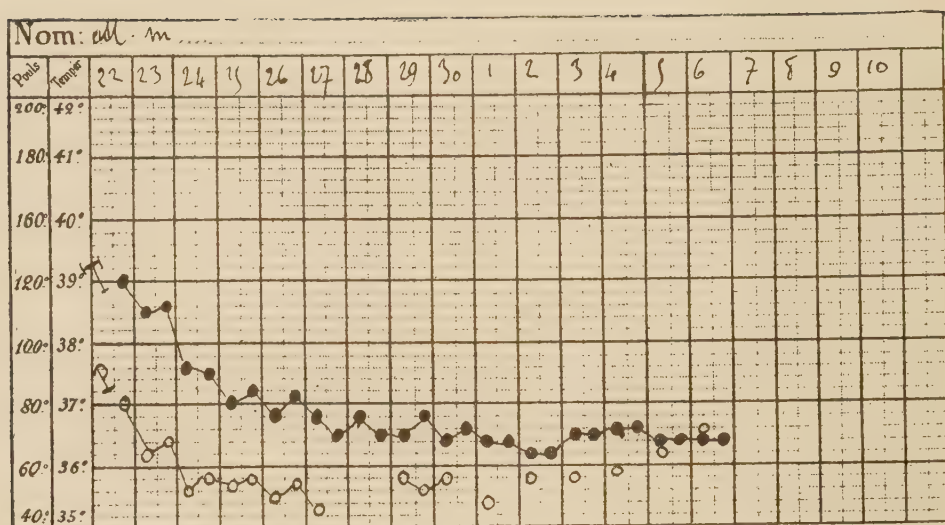
Le malade fut opéré à froid le 6 janvier 1911 ; la température monte à 38° 4 un seul jour et redescend rapidement à la normale, alors que le pouls passe par 96-100 pulsations pour retomber à 70-72, qui est le pouls habituel du malade.

OBSERVATION XXV

Appendicite aiguë ; crise légère, appendicectomie à froid. Ralentissement du pouls (Dr Leclerc de Dijon)

M. M..., 22 ans, aucune maladie antérieure sérieuse.

En août, juillet, septembre 1910, a, à trois reprises, des coliques avec vomissements, qui durent 24 heures.



TRACÉ 3

Le 21 avril 1911 le malade est pris brusquement de coliques avec vomissements ; bientôt douleurs localisées à droite. Le samedi soir, température 39° ; pouls 80. Localisation nette dans la fosse iliaque droite où il y a une réaction de défense très accusée.

Dimanche soir 38°5 avec pouls à 68. Plastron.

Dès le lundi soir, la température est à peu près tombée, la douleur disparaît très vite et le plastron s'efface lentement. Pendant quinze jours le pouls est ralenti et descend à 46.

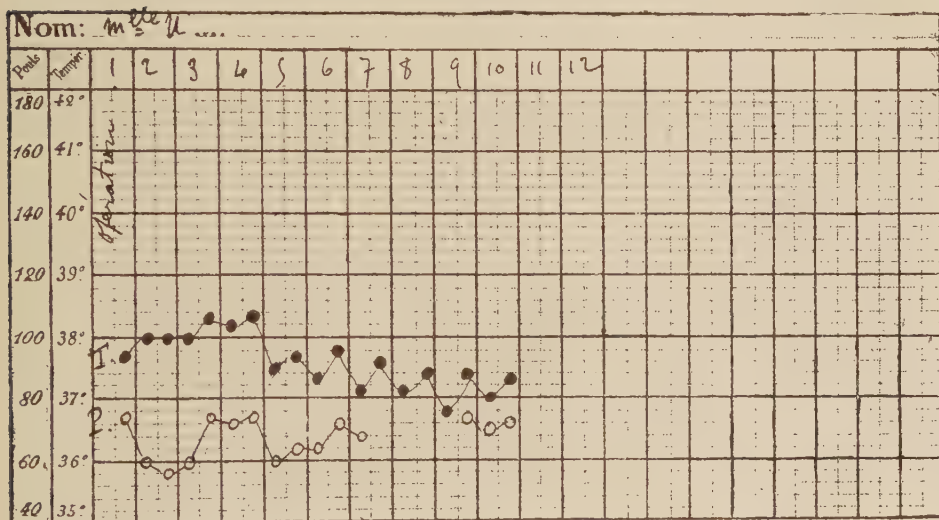
Le 15 mai, le malade va bien ; on ne sent plus rien dans la fosse iliaque ; le cœcum est seulement perceptible au palper.

Opération le 30 mai ; guérison rapide.

OBSERVATION XXVI

*Douleur abdominale prise pour une appendicite. Laparotomie :
Fibrome utérin. Hysterectomie subtotale. Appendicectomie
Ralentissement du pouls (D^r Leclerc).*

Mlle N..., 24 ans. Très nerveuse. Il y a trois ans devient neurasthénique ; va bien actuellement de ce côté.



TRACÉ 4

Depuis cinq ans souffre du ventre, jusqu'à il y a quelques mois, ces douleurs survenaient seulement vers l'époque des règles ; depuis la pentecôte elles sont devenues beaucoup plus fréquentes et le malade souffre presque chaque jour.

Ces douleurs surviennent brusquement : ce sont des points siégeant dans le bas-ventre du côté droit : la crise dure une demi-heure.

Bonnes digestions. Règles normales. A la palpation, point douloureux avec maximum au niveau de l'appendice.

Laparotomie sous ombilicale médiane. Durée 1 heure et

demie. Le lendemain de l'opération, le pouls tombe à 60-56 pulsations à la minute et la température est à 38°.

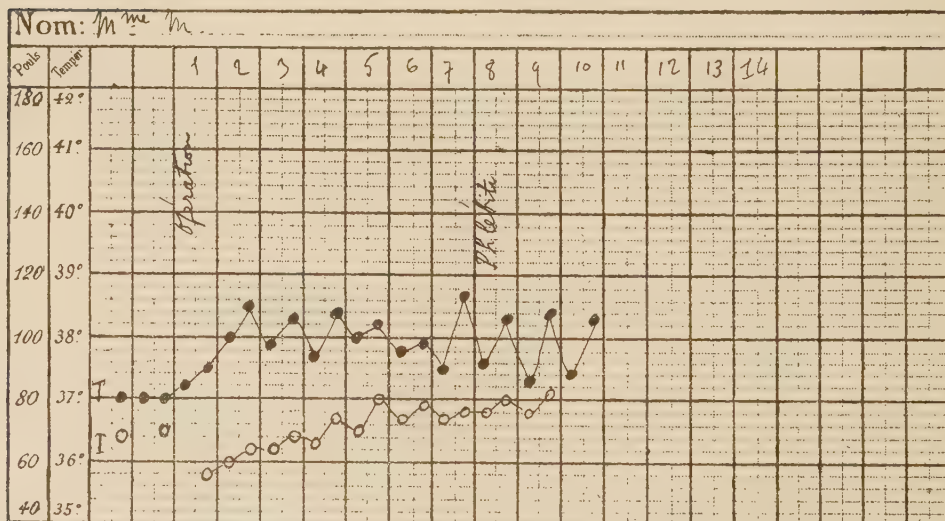
Suites tout-à-fait normales.

OBSERVATION XXVII

Fibrome utérin : Hystérectomie abdominale subtotale
(Myomectomie préalable). (Dr Leclerc)

Mme Mil... 50 ans ; bonne santé antérieure ; phlébite de la jambe gauche il y a quinze ans, quatre enfants, une fausse-couchée, sans incidents ni infection.

Depuis six ou sept ans a constaté une grosseur dans le ventre du côté gauche, en même temps un peu de gêne pour uriner. La grosseur a augmenté progressivement, actuellement la



TRACÉ 5

tuméfaction se dessine sous la peau. Peu de douleurs; quelques malaises et maux de reins. Règles devenues très abondantes; pas de métrorragies. Etat général bon.

Le premier octobre, intervention. Anesthésie à l'éther. Durée une heure et demie: gros fibrome flanqué de deux gros noyaux l'un à côté de l'autre; en outre noyau postérieur. La tumeur encombrant le bassin, on commence par la myomectomie du noyau postérieur; puis on pratique l'hystérectomie subtotale. Suites opératoires: bonnes; les premiers jours le pouls est très lent entre 36-64; il remonte progressivement à la normale. Le huitième jour: phlébite.

OBSERVATION XVIII

Utérus fibromateux dégénéré. Hystérectomie et résection intestinale. Mort par péritonite avec hypothermie et pouls ralenti (D^r Leclerc, de Dijon).

Mme B... 50 ans. Pas de maladie antérieure.

Un seul accouchement.

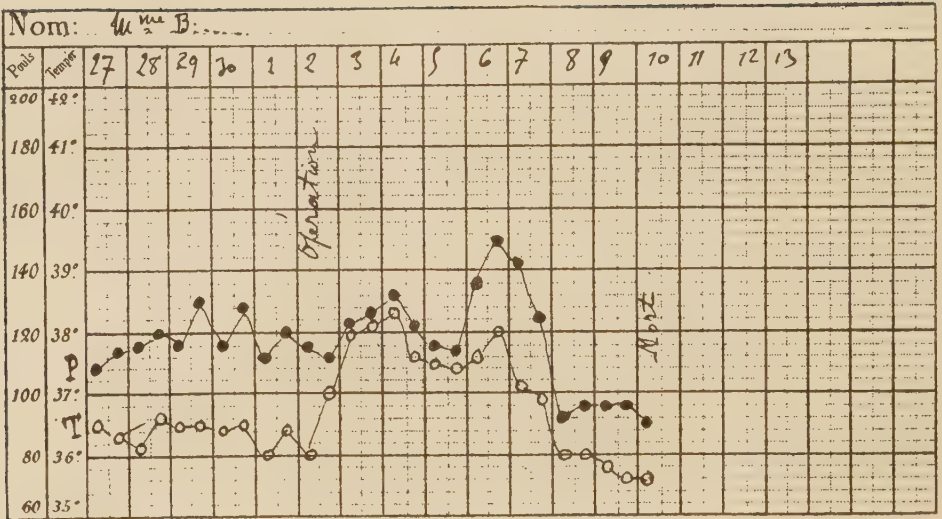
La malade cesse d'être réglée il y a huit ans. Depuis trois ans elle recommence à perdre très irrégulièrement.

Les pertes sont très rouges; de temps en temps elles sont comme de l'eau. Douleurs depuis un an et demi, un peu d'amaigrissement,

Pas d'albuminurie. Avant l'intervention la température est à 38° 5, 38°. Opération le 2 octobre. Anesthésie à l'éther.

La tumeur apparaît présentant avec l'intestin de nombreuses adhérences; on rompt les adhérences légères. Il existe une adhérence forte à une anse intestinale que l'on résèque. Section du mésentère en coin. Opération longue et difficile: durée deux heures.

Pendant les trois jours qui suivent l'opération la température



TRACÉ 6

oscille entre 38° et 38° 5. Le troisième jour vomissements ; le quatrième la température monte à 38° 9-39° 5, vomissements et diarrhée. Les jours suivants, cessation des vomissements, apparition du hoquet, la température s'abaisse progressivement de 39° 5 à 36° 5 et le pouls de 120 à 70. Mort le 10 octobre.

OBSERVATION XXIX

*Dûe à l'obligeance de M. Bérard, professeur agrégé
à la Faculté de Lyon*

Jeune fille de 20 ans. Service de l'Hôtel-Dieu. Salle Ollier. Février 1911. Appendicite déclarée 5 jours avant l'entrée à l'hôpital avec léger ballonnement du ventre, plastron dans la fosse iliaque droite sans limites nettes, contracture de la paroi

à ce niveau, paresse des mouvements, douleur maxima à la pression au voisinage du milieu de ligne ombilic-épine iliaque antéro-supérieure.

Vomissements bilieux constatés le premier jour de l'entrée à l'hôpital, assez rapidement calmés par diète hydrique absolue, application de glace et morphine, 2 centigrammes, puis un centigramme par jour.

A l'entrée la température est de 38°4, le pouls à 100.

Dès le lendemain, sans rétrocession des accidents locaux, mais après la suppression des vomissements la température est revenue à 38° pour osciller ensuite entre 37°7 et 38°2, néanmoins le pouls dès la suppression des vomissements bat à 70-65 et même 60, suivant les moments où on examine la malade et même après suppression de l'administration de la morphine.

Par refroidissement l'abcès se résorbe; un mois et demi après, ablation de l'appendice à froid : on le trouve encore adhérent à l'épiploon et à la paroi de la fosse iliaque, avec un peu de magma puriforme autour de lui. Pas trace de gangrène.

OBSERVATION XXX

Dûe à l'obligeance de M. Bérard

En avril 1911, M. P..., 38 ans, vu à domicile pour des crises douloureuses extrêmement vives siégeant dans le flanc et dans l'hypochondre droits, revenant plusieurs fois par jour, après un début brusque en pleine santé : comme les urines sont chargées en urates et laissent déposer dans le vase un sable abondant, que d'autre part la température est restée à 37°9 avec un pouls à 72, on fait le diagnostic probable de coliques néphrétiques avec cheminement d'un calcul dans l'uretère.

Au moment de la crise, il y a une forte rétraction de la paroi abdominale (ventre de bois), avec douleur maxima à la pression sur le bord externe du grand droit au point de repère de l'uretère; en dehors des crises la paroi abdominale est souple, le diaphragme joue librement, on ne trouve pas de plastron profond, le toucher rectal révèle ni collection dans le Douglas, ni douleur à l'embouchure de l'uretère droit dans la vessie. Le rein droit est un peu abaissé, douloureux quand on le saisit entre les deux mains. Des piqûres de morphine répétées, le régime lacté avec eau d'Evian, des frictions avec un liniment calmant font disparaître les crises pendant 24 heures.

Le lendemain nouvelles crises un peu moins violentes que la veille; la température monte le soir à 38°6 avec un pouls resté à 84, le ventre est un peu plus ballonné et immobile dans sa moitié droite. Les douleurs sont toujours très vives à la pression sur le bord du grand droit; un lavement de sérum administré a ramené peu de matières, mais provoque l'expulsion de beaucoup de gaz. L'analyse des urines révèle de l'albumine, une forte proportion d'urates pas de globules rouges.

Etat à peu près stationnaire pendant cinq jours avec vomissements rares bilieux, réaction abdominale plus vive sans signes de péritonite diffuse, peu de soulagement par la glace, difficultés croissantes pour l'expulsion des matières et des gaz, la température est progressivement ascendante à 39°2 tandis que le pouls se maintient entre 76 et 90 comme maximum; on a fait pendant cette période une injection de morphine chaque soir et placé quelques suppositoires belladonnés.

Le neuvième jour, apparition d'un petit plastron sur le bord externe du grand droit, au-dessous de l'ombilic. Comme la température est encore à 39°, comme les douleurs continuent et bien qu'il n'y ait pas de réactions péritonéales à distance, le malade est transporté à l'Hôtel-Dieu.

L'incision, le matin même, au niveau du plastron permet de retirer une cuillère de pus grangreneux, très nauséabond

et d'extirper en arrière du cœcum un appendice en voie de perforation avec un calcul dans son extrémité distale. Un drain est laissé dans le foyer entre deux petites mèches.

La guérison est obtenue en un mois, sans incidents.

ETUDE DE CES OBSERVATIONS

ÉTIOLOGIE

De l'étude de ces observations on peut conclure qu'il existe deux sortes de cas :

- 1°) Des cas où le *ralentissement du pouls est notable*, réel, au dessous de 65 par exemple ; ils correspondent à des états abdominaux en général peu graves. Nous en avons 18 exemples.
- 2°) Des cas où le pouls est de fréquence à peu près normale, mais contraste avec un état abdominal grave, des signes péritonéaux sérieux, qui ont l'habitude de s'accompagner d'une accélération marquée du pouls, si bien que dans ces cas *le ralentissement est relatif*.

A. — Les premiers cas sont :

Des appendicites ; le plus grand nombre de nos observations de ralentissement réel du pouls se rapportent à cette affection : 16 fois sur 18.

a) Degré du ralentissement.

Dans l'observation de Vaquez (obs. XVI), le pouls est descendu à 40-42 ; dans les 3 observations

de Broca (obs. III, IV, V.), il a été à 52, 44, et même 40. Dans sept des appendicites de Von Bokay, nous remarquons un pouls battant à 66 ou au-dessous avec un minimum de 52 (obs. X, Pouls 52; obs. XI, Pouls 56; obs. XII, P. 66; obs. XIV, P. 66; obs. VI, P. 58; obs. VIII, P. 54; obs. IX, P. 60).

Les deux observations, que nous ayons de Kahn (obs. I, II) nous présentent un ralentissement du pouls l'une à 64, la seconde à 60; enfin avec les tracés 2 et 3, nous constatons un ralentissement à 50 dans le premier cas, à 46 dans le second.

En somme le nombre des pulsations cardiaques dans l'appendicite peut tomber jusqu'à 40.

b) Rapports du pouls ralenti avec la température.

Von Bokay fait remarquer : (c. f. *Semaine Médicale* 1908, page 389) que durant la période de bradycardie, il n'y a aucun parallélisme entre la courbe thermique et celle du pouls, le ralentissement du pouls ne coïncidant nullement avec une chute de la température ».

Il suffit d'examiner un peu attentivement les différentes observations pour constater qu'avec un pouls réellement ralenti, la température a marqué entre 36° 5 et 39° 4; nous trouvons dans l'observation IV le pouls à 52 avec 38° 2, 37° 6; dans l'observation V une température à 39° 4 pendant 36 heures avec un pouls à 50; dans les exemples de Von Bokay, la température a oscillé entre 36° 5 et 37° 5.

Dans certaines des observations de M. Leclerc, nous avons cependant remarqué, contrairement à ce qu'a vu Von Bokay, un parallélisme parfait entre

le pouls ralenti et la température, nous faisons allusion aux observations XXIV et XXV : la première descente du pouls au dessous de 60, dans l'obs. XXIV, coïncide bien avec une chute parallèle de la température ; le parallélisme se maintient pendant les jours suivants où la température remonte à 38° 38° 5, 39° et pendant lesquels le pouls arrive progressivement à 64-68-76 et même 88 ; seconde constatation analogue, de nouveau en 48 heures la température passe de 39° à 37° pour y rester et le pouls baisse dans le même laps de temps de 88 à 56 et même 50. L'observation XXV, nous montre que c'est en même temps que la chute de la température que l'on a observé la descente du pouls de 80 à 52 ; de plus, si dans cette observation le pouls n'est jamais remonté au-dessus de 60, la température elle aussi, n'a varié que de quelques dixièmes de degré sans dépasser 37°.

Donc, au moins dans certains cas, il y a parallélisme complet entre le pouls ralenti et la température.

c/ Les formes d'appendicite qui présentent cette anomalie du pouls.

D'après Kahn l'on aurait toujours affaire à des gangrènes du vermium ; toutes les fois l'opération aurait confirmé ce diagnostic.

L'opinion de Broca est absolument opposée : il n'a jamais observé d'appendicites gangreneuses où le pouls fût au-dessous de 60, par contre les cas où il a fait cette constatation ne concernent pas des appendicites gangreneuses ; ce sont toutes des formes

légères, dans lesquelles la température s'est maintenue au dessus de 37° pendant 36 à 48 heures à peine et qu'il n'a jamais opérées qu'à froid.

Dans le cas de Vaquez, la crise appendiculaire avait l'apparence sérieuse, mais pas assez cependant pour nécessiter une intervention d'urgence.

De M. Leclerc nous avons trois appendicites ; une seule commençait à se compliquer de péritonite généralisée et présentait de la gangrène (mais il s'agissait d'un ralentissement tout à fait relatif) ; les deux autres étaient des crises bénignes, elles furent opérées un mois après : d'ailleurs on peut se convaincre d'après les tracés que nous en donnons (tracés 2 et 3) de quelle gravité peu grande elles ont été.

Enfin Von Bokay nous présente dix cas d'appendicites qui ne nous paraissent pas avoir été sérieuses, toutes ayant été opérées à froid ; par l'article de *La Semaine Médicale* de 1908, page 389, nous voyons dans quelles circonstances le pouls lent peut se montrer au cours de l'appendicite. Voici ce que nous dit Von Bokay, à ce sujet : La bradycardie peut s'observer : 1° Pendant la période de résorption des produits phlegmasiques périappendiculaires : cela a été le cas dans l'observation V de Broca, où, durant un mois on ne compta guère que 40 à 52 pulsations radiales à la minute ; tel est encore le cas des deux malades de M. Leclerc (obs. XXIV, XXV), et de 5 des sujets de Von Bokay (obs. VIII, X, XI, XII, XIV) ; 2° A la suite de l'ouverture opératoire ou spontanée d'un abcès appendiculaire (obs. VI) ; 3° Après la

résection du vermium à froid (obs. IX, X, XI). Nous ajouterons que le ralentissement peut s'observer durant la crise aiguë, comme dans les observations IV et V, ou pendant les deux premiers jours de température fébrile à $38^{\circ} 2 - 39^{\circ} 4$ le pouls fut à 50 - 52.

Il en fut de même dans l'observation XXIX de M. Bérard, où la température oscillait entre $37^{\circ} 7 - 38^{\circ} 2$ et où le pouls battait à 70 - 65 et même 60.

d) Durée du ralentissement.

Nous devons nous demander pendant combien de temps peu persister le ralentissement du pouls dans l'appendicite. Nous citons encore Von Bokay : la bradycardie peut persister pendant plusieurs jours, voire même plus de deux semaines. C'est ainsi que dans l'observation IV elle persista pendant les 3 ou 4 premiers jours de l'hospitalisation, que dans l'observation de Vaquez elle se montra à deux reprises en 48 heures et disparut à la suite d'une injection d'atropine de 1 milligramme ; on l'observa encore à deux fois pendant l'appendicite de l'observation XXIV et chaque fois pendant 4 jours.

Enfin elle dura 12 à 15 jours entre 46 et 58 pulsations dans l'observation XXV et quatre semaines dans l'observation V.

Outre ces 15 cas d'appendicite, nous trouvons du ralentissement notable du pouls à la suite de deux *hystérectomies* de M. Leclerc : l'une s'accompagnait d'ailleurs d'appendicectomie.

Chez l'une des malades (obs. XXVII) le ralentissement est apparu le soir même de l'opération et s'est

maintenu pendant 3 ou 4 jours entre 58-64, alors que la température oscillait entre 38° et 38° 5; chez l'autre opérée (obs. XXVI), le soir de l'intervention le pouls était à 74 et le lendemain seulement il est descendu à 60-56 pour s'y maintenir 36 heures; pendant ce temps la température était à 38°.

Dans ces deux cas, aucune réaction péritonéale n'était décelable autrement que par cette légère ascension thermique.

B. — Les cas de la seconde catégorie ont trait à des *infections péritonéales*, qui s'accompagnent toujours d'une accélération marquée du pouls. Ce symptôme est en effet donné comme étant de la plus haute importance. Or ici la règle est en défaut et le pouls est relativement lent.

Nous laissons de côté les observations VII, XIII, XV de Von Bokay, où, l'infection péritonéale étant tout à fait minime, le nombre des pulsations (70-76-80) n'a rien de surprenant; il nous reste donc neuf cas où, avec une infection grave du péritoine le pouls s'est maintenu aux environs de la normale.

Certaines péritonites à forme latente sont bien connues des chirurgiens; la température et le pouls y sont presque normaux, les symptômes abdominaux et généraux eux aussi ne sont pas accentués, et pourtant le ventre peut être rempli de pus et la mort peut survenir assez rapidement. Ces formes frustes ou latentes sont signalées par les classiques: A. Guinard en particulier rapporte l'observation d'un individu qui, atteint de cancer de l'anse sigmoïde

compliqué de perforation intestinale, présentait en pleine péritonite un pœuls à 80 et une température à 37° (C.f. collection Le Dentre et Delbet, Tome XXIV, page 22.)

Nos exemples sont à rapprocher des faits précédents ; ils en sont cependant un peu différents : en effet, dans les cas que nous étudierons, le pœuls seul contribuait à donner au tableau une allure bénigne, tandis que les autres signes indiquaient nettement la gravité de l'infection.

C'est ainsi que l'on notait un pœuls à 70 - 72, chez les 4 individus atteints de *péritonite par perforation* (obs. XVII, XVIII, XIX, XX) dont les températures respectives étaient de 39° 8, 39° 4 39° 2, réalisant ainsi une dissociation du pœuls et de la température en sens inverse de celle qu'on a l'habitude de constater ; il y avait encore ralentissement relatif chez l'opérée de M. Leclerc (obs. XXVIII, hysterectomie et résection intestinale), morte de *péritonite généralisée* avec pœuls à 70 et une température à 36° 6 ; même remarque pour le malade de l'observation XXIII, qui, au cours d'une *crise grave d'appendicite* avec hoquet, vomissements porracés, douleurs abdominales violentes, facies grippé, avait un pœuls bien frappé à 90 alors que la température montait à 38° 5 ; enfin le malade de l'observation XXX atteint également d'*appendicite assez sérieuse*, avait une température à 39° 2 et un pœuls battant entre 76 - 90.

Nous devons placer à côté de ces infections péritonéales, deux observations de *Rupture de grossesse tubaire droite* (obs. XXI, XXII) où, avec la réaction

violente habituelle aux inondations péritonéales, le pouls battait à 64 68.

Age des sujets. — Sexe. — Etat de santé antérieur.

Nous n'avons les âges que de deux malades de Kahn, l'un avait 29 ans, l'autre 33 ans.

Les appendicites de Von Bokay et de Broca ont toutes été observées chez les enfants de 7 à 16 ans ; celles de M. Leclerc l'ont été chez des sujets de 20 27 ans.

Trois des malades atteints de perforation intestinale avaient respectivement 21 ans, 31 ans et 34 ans ; nous ne connaissons pas l'âge du quatrième.

Les ruptures de grossesse tubaire se sont produites chez des femmes de 24 et de 30 ans.

Des trois opérées d'hystérectomie de M. Leclerc, l'une avait 24 ans, la seconde 50 ans, la troisième 50 ans ; et les malades de M. Bérard étaient âgés, l'un de 20 ans et l'autre de 38 ans.

Nous concluons donc que le ralentissement du pouls observé dans les affections abdominales se rencontre de préférence chez les enfants et les individus jeunes.

Pour le sexe des malades ayant présenté ce trouble cardiaque, nous laissons de côté les observations de Von Bokay, qui ne nous donnent pas cette indication ; nous trouvons ainsi 13 sujets du sexe masculin et 7 du sexe féminin, mais en face de ce nombre si restreint de cas, nous nous garderons bien de conclure.

Nous voyons aussi par nos observations que l'état des sujets pouvant présenter de telles modifications

n'a rien de spécial : dans presque tous les cas on ne note que des antécédents sans importance, pas de troubles cardiaques antérieurs ; dans aucun exemple on ne voit d'antécédents surchargés, capables de déterminer une faiblesse générale pouvant empêcher l'organisme de réagir comme d'ordinaire à l'infection péritonéale, bien au contraire les sujets sont tous jeunes et d'une bonne santé habituelle.

Dans deux observations seulement celle de Vaquez, et une de M. Leclerc, on note que (obs. XVI) la malade était très nerveuse, que (obs. XXVI) la malade nerveuse a eu, il y a trois ans une période de neurasthénie, mais qu'aujourd'hui elle va bien de ce côté.

Ce que nous pouvons ajouter, c'est qu'il ne faut pas croire que c'est chez ces malades une habitude de réagir de la sorte aux infections péritonéales, les observations IV, V, de Broca nous le montrent, puisque les deux enfants, qu'il opéra après refroidissement de l'appendicite et chez lesquels le pouls était redevenu normal, présentèrent après l'intervention, qui est forcément une cause d'irritation péritonéale, un pouls à 76-80 ; même remarque peut être faite pour l'observation XXIV, à propos de laquelle nous donnons deux tracés, l'un pendant la crise, l'autre après l'opération ; enfin, nous n'avons qu'à nous reporter à l'observation XVIII de M. le professeur Poncet, pour voir chez le même malade à 4 jours d'intervalle une première perforation intestinale avec pouls ample à 70 et une seconde avec pouls incomptable,

Nous n'oublierons pas non plus de signaler que chez les enfants des observations XII et XIV, qui avaient présenté un ralentissement du pouls à 66 pendant le refroidissement de la crise, l'irritation légère du péritoine causée par la résection du vermium à froid, détermina, au contraire, et sans qu'il y ait aucune réaction fébrile une accélération du pouls à 120 pendant 2 jours.

II. *Arythmie*

Nous ne pouvons nous étendre sur l'arythmie ; nous nous contenterons de signaler que l'on peut parfois l'observer au cours de l'appendicite pendant la crise.

Broca en a deux exemples chez des enfants (C. F. Presse Médicale 1908, page 2) ; elle faisait partie d'une symptomatologie d'apparence grave ; l'intervention fut dans les deux cas pratiquée d'urgence et dit Broca : l'anesthésie à peine terminée, le cœur reprenait son rythme normal et les suites opératoires furent tout-à-fait bonnes ; d'ailleurs la séreuse péritonéale était presque intacte.

On le voit ces deux faits ne sont pas du tout comparables aux exemples d'arythmie signalés dans la période terminale des péritonites.

III. *Accélération anormale*

C'est certainement la variété d'anomalies la moins intéressante, car elle n'est en réalité qu'une exagération de la tachycardie habituellement constatée

dans les affections péritonéales, et l'état nerveux entre sans doute pour une certaine part dans sa production.

Il est cependant utile de connaître ces cas, ils nous éviteront parfois de commettre de grosses erreurs de pronostic.

OBSERVATION XXXI

Accélération anormale du pouls au cours d'une crise appendiculaire
(Broca, Presse Médicale 1908, page 2)

Fillette de 6 ans et 1/2, yeux caves, nez pincé, facies grippé, pouls rapide réduit à de vagues ondulations impossibles à compter. On craint une péritonite suraiguë, survenue douze heures auparavant, au cours d'une appendicite qui jusque là avait semblé assez bénigne. Le pronostic ne fut pas fatal, parce que le ventre peu douloureux n'était pas ballonné, parce que l'enfant ne vomissait pas, parce qu'aux extrémités la peau n'était pas moite, froide et violacée.

A l'opération, l'appendice fut trouvé non adhérent, entouré d'un péritoine à peine congestionné, atteint de simple folliculite hémorragique.

Dès le lendemain le pouls était à 80 pulsations bien frappées.

Broca rappelle qu'il connaît encore deux cas analogues ; nous ajouterons une observation de M. Leclerc, dans laquelle, à la suite d'une hystérectomie subtotale difficile pour annexite tuberculeuse avec adhérences à la vessie et à l'S iliaque, le pouls

était monté à 140 et 150 alors que la température était à $38^{\circ} 39-39^{\circ} 4$; on craignait des suites fâcheuses et cependant il n'en fut heureusement rien, la température baissa bientôt au bout de quelques jours et le pouls se mit à battre plus fort et moins fréquent.

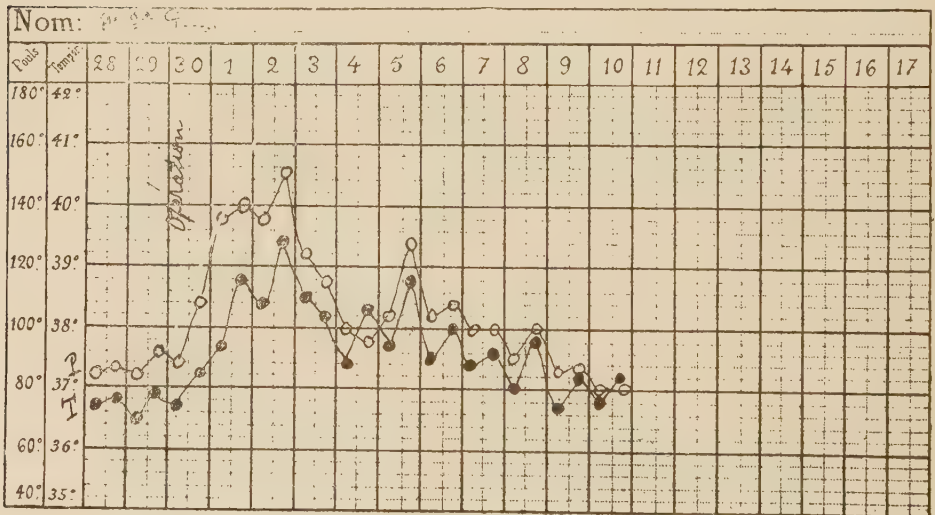
OBSERVATION XXXII

Annexite tuberculeuse. Hysterectomie subtotale (Dr Leclerc)

Mme Pit..., 32 ans.

Rien d'intéressant dans les antécédents.

Le 10 juillet, violente douleur abdominale qui se calme en quelques jours; quinze jours après souffrances plus fortes; la malade se met au lit qu'elle ne quitte pas. Amélioration subjective, diminution des lésions.



TRACÉ 7

Le 30 septembre, opération; difficultés opératoires; adhérences à la vessie et à l'S iliaque, assez difficiles à libérer. Durée une heure et demie. Les jours qui précèdent l'intervention, la température oscille autour de $36^{\circ}9$.

Le soir de l'intervention : température $37^{\circ}7$ et $38^{\circ}9$ et pouls 136-140; le surlendemain T : $38^{\circ}4$ et $39^{\circ}4$, P : 136-150.

Puis le pouls et la température descendent parallèlement l'un à 120-116-100, et l'autre à $38^{\circ}5$ - $38^{\circ}1$ - $37^{\circ}4$.

CHAPITRE III

Physiologie pathologique

Les avis sont partagés sur la pathogénie de pareilles anomalies :

Kahn attribue nettement le ralentissement du pouls au cours de l'appendicite à la gangrène et à l'absorption de ptomaïnes qui exercent une action déprimante sur les centres ou les ganglions cardiaques. Or, Broca n'a jamais constaté de gangrène et nos observations ne la mentionnent qu'une fois sur trois cas ; de plus, Von Bokay a noté ce phénomène après la résection à froid du vermium. Ce dernier auteur soulève la question de la myocardite infectieuse, il la rejette à cause de l'absence de troubles généraux et de l'état de plénitude du pouls chez certains malades ; il élimine également la gangrène de l'appendice.

Certains pourraient rattacher à l'inanition le ralen-

tissement du pouls dans l'appendicite ; mais nous avons justement une observation de Broca qui prouve que l'on ne doit pas l'invoquer : c'est celle d'un enfant dont le pouls se maintint entre 40 et 52 pendant un mois alors que la fièvre n'avait duré que 36 heures et qu'une alimentation spéciale avait été reprise dès le deuxième jour d'apyrexie.

Nous ajouterons qu'il ne faut sûrement pas mettre le ralentissement du pouls constaté dans l'appendicite ou à la suite d'hystérectomies sur le compte des piqûres de morphine faites pendant la maladie ou après l'intervention, car d'après une observation du dernier auteur cité, qui se rapporte à des phénomènes d'entérocolite très douloureux (*Presse Médicale* 1908, page 1) la morphine ferait au contraire remonter le nombre des pulsations cardiaques, de plus les deux malades des observations XXIV et XXV n'ont pas eu de piqûres de morphine.

Dans les exemples où le ralentissement du pouls a succédé à une intervention on pourrait invoquer le shock opératoire. Les expériences de M. Tixier ont en effet montré que les longues manipulations de l'intestin du chien et du cabri, avaient pour conséquence, en déterminant du shock d'« amener une chute de pression, de ralentir le cœur et d'affaiblir les pulsations artérielles, (C.f. *Thèse Tixier*, p. 331). Les deux opérées d'hystérectomie (obs XXVI, XXVII) étaient-elles dans un cas semblable ? Nous ne le pensons pas : il ne s'agissait pas d'interventions très longues, ni très choquantes ; les malades n'ont pas été dans un état grave après l'anesthésie ;

puis le ralentissement n'est apparu que le lendemain dans l'observation XXVI, enfin il a duré plusieurs jours.

Dans le cas de rupture de grossesse tubaire le phénomène de l'irritation traumatique du sympathique peut au contraire être invoqué.

Dans toutes les autres observations la question du shock n'est pas en discussion. Il doit cependant bien s'agir d'une irritation des plexus nerveux, mais d'une irritation non traumatique : le ralentissement du pouls est une modification d'ordre réflexe, réflexe qui se fait, sans que nous en ayons l'explication, en sens contraire où se fait le réflexe habituel. Laignel-Lavastine a montré que dans les péritonites les troubles cardio-vasculaires étaient dûs à l'irritation du plexus solaire. Il est probable qu'irrité d'une façon différente et chez des sujets à réactions temporairement différentes, le plexus solaire a réagi différemment dans les cas que nous envisageons.

Et c'est l'opinion de Broca et de Vaquez, à laquelle se rallie Von Bokay. Pour soutenir son hypothèse de pur réflexe, Broca se base sur ce fait, que ses deux cas d'arythmie furent corrigés à peine les enfants sortis du sommeil anesthésique et que l'accélération très accentuée fut de même remplacée, dans ses trois exemples, par un pouls bien frappé battant à 80 dès le lendemain de l'intervention.

Vaquez arriva à cette conclusion, à la suite de ce qu'il appelle l'épreuve de l'atropine qui chez l'homme sain en injection hypodermique de un milligramme détermine une tachycardie transitoire. L'épreuve est

négative, dans la maladie de Stokes-Adams, par lésion du faisceau de His : les pulsations radiales n'augmentent pas de fréquence, tandis qu'elle est positive, s'il s'agit de ralentissement du cœur par cause nerveuse : or, chez sa malade atteinte d'appendicite, l'atropine, à deux reprises dans l'espace de 48 heures, fit remonter le pouls de 42 pulsations à 84 après 35 ou 40 minutes.

Nous ajouterons que l'accélération du pouls constatée par Von Bokay dans les observations XII et XIV, les jours qui suivirent la résection à froid du vermium, sans qu'il y ait d'élévation thermique, est une nouvelle preuve que toutes ces modifications anormales du pouls ne sont que de simples phénomènes d'ordre nerveux.

CHAPITRE IV

Signification diagnostique, pronostique et thérapeutique

Comme on peut s'y attendre d'après le chapitre précédent, auquel est étroitement lié celui-ci, ces modifications anormales du rythme cardiaque ont pour les uns une grande valeur clinique, pour les autres ils n'en ont aucune.

C'est Kahn surtout qui considère le ralentissement du pouls au cours de l'appendicite comme un signe très important; il admet d'ailleurs fort bien que le plus souvent les appendicites gangréneuses s'accompagnent de tachycardie, mais quand au cours d'une crise appendiculaire il constate du ralentissement notable du pouls, il porte toujours le diagnostic de gangrène du vermium malgré l'absence de symptômes généraux graves, et il trouve là l'indication d'intervenir d'urgence; son diagnostic s'est toujours trouvé confirmé.

Telle n'est pas l'opinion de Broca : le ralentissement du pouls dans l'appendicite n'a aucune signification diagnostique ni pronostique ; de plus chez ses malades il n'a jamais eu l'impression d'une crise grave nécessitant une opération à chaud : son premier malade fut opéré à froid ; son second malade eut une température de 38°2 et 37°6 pendant 2 jours seulement, son ventre était souple, sa langue blanche mais humide, il n'était pas agité, ne vomissait pas, son facies était calme et l'état général bon : il fut opéré un mois après et guérit, l'appendice ne portait pas trace de gangrène et cependant le pouls était descendu à 52 ; son troisième malade a présenté un empatement douloureux de la fosse iliaque droite qui diminua très vite sous l'action de la glace et de la diète hydrique, son pouls était à 50 le jour de l'admission avec une température de 39°4 ; le lendemain la température tombait, et le pouls pendant un mois se maintint entre 40 et 52. L'intervention fut pratiquée également à froid et le malade sortit de l'hôpital complètement rétabli : pas de perforation de l'appendice à l'opération.

Dans l'unique cas de Vaquez, la laparotomie ne fut faite que quelques semaines après la crise : pas de gangrène.

Von Bokay a constaté, comme nous l'avons précédemment écrit, le pouls lent dans les 3 circonstances suivantes au cours de l'appendicite : 1° Pendant la résorption de produits phlegmasiques périappendiculaires ; 2° A la suite de l'ouverture opératoire d'un abcès appendiculaire ; 3° Après la

résection du vermium à froid. Dans toutes ces circonstances le pouls lent ne saurait pour lui être considéré comme un signe défavorable, et au contraire dans le cas d'exsudats périappendiculaires il est même de bon augure, annonçant la résorption prochaine.

En résumé, nous voyons jusque là que le ralentissement du pouls dans l'appendicite signifie pour Kahn : gaugrène du vermium et intervention d'urgence ; pour Broca il ne signifie absolument rien et pour Von Bokay c'est un signe de résorption prochaine des exsudats périappendiculaires.

Si l'on examine les différentes observations d'appendicite, on voit que dans les cas où le ralentissement était notable, au dessous de la normale, le reste du tableau clinique était bénin et l'affection a évolué rapidement du bon côté ; au contraire, dans les 2 cas où le ralentissement était relatif, c'est-à-dire où le pouls était ralenti par rapport aux autres symptômes il ne semble pas que, par lui même, il ait pu modifier la signification grave de ces symptômes et en réalité dans des cas semblables nous croyons qu'il n'a aucune signification pronostique.

Quant aux autres exemples de ralentissement du pouls en dehors de l'appendicite, ils ne nous permettent pas de voir dans ce phénomène une signification spéciale ; cependant la connaissance de ces cas de ralentissement, de même que celle des observations d'arythmie et d'accélération anormale, nous empêcherons de commettre de grosses erreurs et

seront pour nous d'un enseignement tout à fait utile.

Les deux malades atteintes de rupture de grossesse tubaire avec pouls à 64-68 ont guéri toutes les deux après avoir été opérées l'une 9 heures après le début des symptômes, la seconde 21 heures après : il n'y a rien là de particulier.

Pour les trois cas de perforation intestinale au cours de fièvres typhoïdes légères le pouls battait à 70-72 ; ce fait aurait pu éloigner le diagnostic véritable, il ne l'a pas été d'ailleurs fort à propos à cause des autres phénomènes concomitants et des trois malades opérés aussitôt que possible, l'un est mort trente-six heures après, le deuxième semblait vouloir guérir quand il eut une seconde perforation avec pouls incomptable cette fois et mourut ; le troisième survécut quarante-et-un jours et succomba avec des symptômes d'occlusion intestinale déterminés par un coude brusque de l'intestin grêle. Devant ce chiffre si restreint de perforations intestinales avec ralentissement du pouls, nous nous bornerons à faire remarquer que le premier malade fut opéré trois jours après le commencement des phénomènes péritonéaux et que, par conséquent, l'opération était désespérée ; que les deux autres malades au contraire ne sont pas morts de leur perforation elle-même ; il semblerait donc, au premier abord que, dans les péritonites par perforation le ralentissement du pouls soit un signe d'infection moins grande de la séreuse.

L'observation suivante va nous prouver le contraire ; il s'agit d'un cas arrivé à Lyon et que nous

tenons de M. le Professeur-agrégé Patel : c'était un homme, ayant subi une forte contusion abdominale, chez lequel le chef de service avait rejeté l'hypothèse de perforation de l'intestin justement parce que le pouls du malade était à 70 ; or, à l'autopsie pratiquée quelques jours plus tard, la lésion perforante existait fort bien et l'abdomen était le siège d'une péritonite accentuée.

Nous saurons dorénavant, grâce à l'observation XXVIII que, s'il est la règle que les malades atteints de péritonite meurent avec hyperthermie ou hypothermie, mais toujours avec accélération très marquée du pouls, on ne doit pas dans tous les cas se laisser gagner par l'idée d'une défervescence heureuse quand on voit celui-ci diminuer de fréquence : c'est précisément ce qui était arrivé dans l'exemple que nous signalons puisque l'opérée d'hystérectomie et de résection intestinale mourut de péritonite avec abaissement parallèle de la température à 37° et du pouls à 70.

Nous tenons également à attirer l'attention sur les autres modifications anormales du pouls : l'on pouvait craindre pour la malade de l'observation XXXII des suites tout à fait fâcheuses à cause de la rapidité de son pouls en désaccord avec sa température ; il n'en fut rien heureusement.

Broca, de son côté, a observé trois cas de tachycardie très accentuée avec pulsations imperceptibles au cours d'appendicites à lésions minimales, et il met en garde contre l'erreur que l'on pourrait commettre de porter toujours en pareille occasion le dia-

gnostic de péritonite septique et de faire alors le pronostic le plus grave, car ses malades ont guéri toutes trois ; il fait d'ailleurs la même remarque pour l'arythmie cardiaque.

De tout ce qui précède, et tout en continuant à accorder au pouls une très grande importance, nous retiendrons : que la seule constatation du ralentissement du pouls au cours d'une crise appendiculaire, ne doit pas mener au diagnostic de gangrène du vermium ; que l'accélération parfois paradoxale du pouls observée dans des affections péritonéales ne doit pas nous faire toujours craindre une péritonite généralisée grave et une intervention désespérée ; nous saurons que l'état du pouls a parfois un caractère trompeur, témoins les différents cas de perforation intestinale, et cela nous engagera une fois de plus à examiner à fond notre malade, à étudier avec soin tous les symptômes concomitants qu'il peut présenter, tant au point de vue local que général : c'est sur cet ensemble de symptômes que nous établirons notre diagnostic, que nous nous ferons une idée juste de la gravité du cas et que nous guiderons notre thérapeutique.

CONCLUSIONS

- I. — Dans les affections péritonéales, le pouls est habituellement accéléré. Cette accélération est de la plus haute importance diagnostique et pronostique : il y a ordinairement parallélisme entre la fréquence du pouls et la gravité de l'infection. Il est cependant des exceptions à cette règle et on peut voir le pouls s'accélérer ou bien encore devenir arythmique dans des cas qui ne s'accompagnent pas de lésions graves de la séreuse, On peut voir surtout le pouls se ralentir.
- II. — Le ralentissement peut être notable et descendre jusqu'à 40 ; il s'accompagne alors d'un état péritonéal peu grave. Ces cas correspondent surtout à des appendicites ; ils peuvent s'observer soit pendant la crise aiguë, soit pendant la période de refroidissement, soit après l'ouverture spontanée ou opératoire d'un abcès, soit enfin après la

résection à froid du vermium. On voit encore ce ralentissement notable après les laparatomies aseptiques sans infection péritonéale consécutive.

III. — Le pouls peut encore être ralenti relativement, sa fréquence est alors à peu près normale mais contraste avec un état abdominal grave et des signes péritonéaux sérieux qui ont l'habitude de s'accompagner d'une accélération marquée du pouls. Il s'agit dans ces cas de péritonites généralisées qui peuvent être dues à des interventions ou à des perforations intestinales.

IV. — Les ruptures de grossesse tubaire qui déterminent une réaction péritonéale violente peuvent s'accompagner aussi d'un ralentissement véritable et assez marqué du pouls.

V. — Ces diverses modifications anormales du pouls se rencontrent surtout chez des enfants ou des individus jeunes.

VI. — La cause du ralentissement du pouls dans l'appendicite, attribuée par Kahn à la gangrène du vermium, n'est pas admissible, et le ralentissement du pouls dans l'appendicite, dans les autres états péritonéaux, de même que l'arythmie cardiaque où l'accélération anormale du pouls, doivent être considérés comme de simples phénomènes réflexes.

VII. — Au point de vue de la signification pronostique du ralentissement du pouls, nous pouvons dire que le ralentissement notable, réel, s'observe dans des cas bénins qui évoluent rapidement du bon côté ; quant au ralentissement relatif, il ne semble pas modifier par lui-même la signification grave des autres symptômes et il n'a dans ces cas, aucune signification pronostique.

VU :

Le Président de la Thèse,
Antonin PONCET.

VU :

Pour le Doyen :
L'Assesseur,

J. COURMONT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 10 juillet 1911.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- VON BOKAY. — Beitrag zur Bradycardia bei der Appendicitis in Kindersalter. *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 9 avril 1908, page 649-652.
- *Semaine médicale*, 1908, page 389.
- *Journal de Chirurgie*, 1908, page 276.
- BROCA. — Troubles réflexes du pouls dans l'appendicite. *Presse médicale*, 1908, page 1.
- DUPRÉ ET RIBIERRE. — Troubles cardio-vasculaires dans les péritonites. *Nouveau traité de médecine et de thérapeutique de Gilbert et Thoinot*. Tome xviii, pages 37 à 39.
- A. GUINARD. — Infection subaiguë et latente du péritoine. *Nouveau traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet*. Tome xxiv, pages 21 et 22.
- GUINARD, de Saint-Etienne. — Rupture de grossesse tubaire, inondation péritonéale par hémorragies successives ; collapsus. *Loire Médicale*, 1910, page 465.
- KAHN. — Bradycardia in Appendicitis. *Journal of the american medical Association*, 15 décembre 1906.
- *Semaine médicale*, 1907, page 80.

- Dr G. LECLERC, de Dijon. — Appendicite avec péritonite en voie de généralisation. *Province médicale*, 1907, page 545.
- LEJARS. — Le poulx en chirurgie. *Leçons de chirurgie*, 1895, pages 1 à 18.
- PICQUÉ. — Perforation intestinale dans une fièvre typhoïde larvée. *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1908, page 461.
- Professeur PONCET. — Perforation intestinale dans le cours d'un typhus ambulatorio. *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1908, p. 498.
- Perforation intestinale au dixième jour d'une fièvre typhoïde légère. *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1908, p. 500.
- L. TIXIER. — Pratique de l'éviscération en chirurgie abdominale. *Du shock abdominal, étude clinique et expérimentale*. Thèse de Lyon, 1897-1898, n° 2, pages 231 à 331.
- VIANNAY. — Rupture cataclysmique de grossesse tubaire. *Loire Médicale*, 1910, p. 466.
- WAQUEZ. — L'épreuve de l'atropine dans les ralentissements du poulx. *Semaine médicale*, 1907, page 370.
-

TABLE DES MATIÈRES

<i>Introduction</i>	7
<i>Historique</i>	9
<i>La Clinique</i>	13
I. Ralentissement du pouls	14
II. Arythmie	50
III. Accélération anormale	50
<i>Physiologie pathologique</i>	55
<i>Signification diagnostique, pronostique et thérapeutique.</i> .	59
<i>Conclusions</i>	65
<i>Bibliographie</i>	69
